

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 79

L'OCCLUSION INTESTINALE

PAR

CALCULS BILIAIRES

Etude clinique et pronostic

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Décembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Bernard PIET-BERTON de LESTRADE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 8 Janvier 1907, à ANGOULÈME, (Charente)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

L'OCCLUSION INTESTINALE PAR CALCULS BILIAIRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545327_0067

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 79

L'OCCLUSION INTESTINALE

PAR

CALCULS BILIAIRES

Etude clinique et pronostic

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Décembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Bernard PIET-BERTON de LESTRADE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 8 Janvier 1907, à ANGOULÈME, (Charente)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	FATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etiemme MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	X.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie M. CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	NOEL	ROCHET (Ph.)	CHAMBON
ROCHAIX	DUMAS	WERTHEIMER	CIBERT
RHENTER	DUFOURT	GATE	EPARVIER
MAZEL	DEVIC	BERNHEIM	GUILLEMINET
SANTY	GABRIELLE	DECHAUME	MORENAS
CHALIER (André)	MARTIN (Joseph)	POLLOSSON	REBATTU (Ch.)
CHALIER (Joseph)			



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PAVIOT, président ; CORDIER, assesseur ;

J.-F. MARTIN et ROCHET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE
LE LIEUTENANT-COLONEL
PIET-BERTON DE LESTRADE

Officier de la Légion d'Honneur

En toutes circonstances, il sera pour moi le meilleur exemple. Je sais que ses enfants sont son seul souci et sa seule joie. Ayant l'occasion de l'en remercier, je le fais de tout mon cœur.

A MA MÈRE

En lui rappelant toute mon affection et ma gratitude.

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

Bien affectueusement.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PAVIOT

Professeur de Clinique Médicale
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous lui sommes très reconnaissant
d'avoir bien voulu nous inspirer ce
travail et nous le remercions de nous
faire le grand honneur de présider
notre thèse.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chirurgien des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

Qui a très aimablement mis à notre disposition l'observation d'un cas intéressant pour notre travail. Qu'il trouve ici l'expression de notre respect et nos remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUROSELLE

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Chirurgien de l'Hôpital d'Angoulême

Avec nos plus vifs remerciements pour son excellent accueil et pour les intéressantes observations qu'il nous a permis de publier.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

*Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Paris*

Membre de l'Académie de Médecine

Nous avons pour notre premier Maître à la Faculté le plus grand respect et une profonde reconnaissance.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE PARIS
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE LYON
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Introduction

Avant de commencer ce travail, nous allons définir et limiter la question. Nous préférons l'expression d'occlusion intestinale par calculs biliaires, à celle d' « iléus biliaire », qui est classique et que nous emploierons souvent pour abrégé. La première expression, plus précise et plus explicite, élimine les autres occlusions qui peuvent se voir au cours de la lithiasé biliaire, soit par réflexe paralytique, soit par pression d'une vésicule pleine de calculs, soit enfin par adhérences serrées entre la vésicule et le duodénum ou le côlon. Nous étudierons donc les accidents occlusifs qui peuvent se produire à la suite de la migration et l'arrêt de calculs biliaires dans l'intestin. Disons, dès à présent, que dans la majorité des cas, il s'agit de calculs ayant passé dans l'intestin grêle par une fistule établie entre la vésicule et le duodénum.

M. le Professeur Paviot, ayant observé dans son service un cas d'iléus biliaire, dont l'allure clinique était particulièrement déroutante, a bien voulu nous confier le soin d'étudier la question, en essayant surtout de préciser le tableau clinique.

M. le Docteur Duroselle, chirurgien de l'hôpital d'Angoulême, ayant observé deux cas d'iléus biliaire, dont l'un opéré avec succès, nous a aimablement communiqué ces deux observations inédites pour en faire état dans notre thèse.

M. le Professeur Tixier a eu l'obligeance de nous communiquer un cas de migration de calculs avec expulsion, qu'il a observé récemment.

Muni de ces observations, nous nous sommes intéressé à la question sous ses différents aspects et avons vu que, malgré les nombreuses publications parues sur la question, il restait beaucoup de points à préciser. De nombreuses discussions dans les sociétés chirurgicales et médicales ont montré des opinions très diverses. Nous avons cependant l'impression que ces dernières années, le diagnostic en est devenu moins difficile, que l'allure clinique est un peu mieux connue et que le pronostic surtout s'est légèrement amélioré. Nous n'avons nullement la prétention d'apporter des idées bien nouvelles. Nous n'avons essayé que de préciser des idées déjà émises et de voir leur valeur.

Nous n'avons pas l'impression que les cas d'iléus biliaire soient si exceptionnels que certains le prétendent. Daraigne, en 1921, en comptait environ 400 cas, et pour ces dix dernières années, nous avons relevé une cinquantaine d'observations, simplement dans les publications françaises. Et il est probable que la liste aurait pu en être augmentée, si l'on avait fait l'autopsie d'un certain nombre d'occlusions non diagnostiquées, ou frappant les vieillards, sur lesquels le chirurgien n'intervient pas.

En parcourant les observations les plus récentes, on

voit que dans quelques cas le diagnostic a pu en être fait et il aurait sans doute pu être fait plus souvent, si on avait pensé davantage à l'iléus biliaire et si certains signes que nous étudierons avaient été recherchés. Nous verrons que le diagnostic causal précis n'est pas simplement dans le cas de l'iléus biliaire une satisfaction de l'esprit, mais qu'il appelle une intervention précoce, rapide, avec des directives particulières.

Le médecin a-t-il à connaître cette affection rare et qui semble seulement du domaine chirurgical? Un des buts principaux de notre thèse sera de le démontrer. Le médecin est appelé le premier à voir ces malades, avant le chirurgien. Nous verrons qu'il peut être dérouteré par l'allure discontinue de cette occlusion et qu'il peut avoir tendance à temporiser. Il doit faire le diagnostic d'occlusion, peut penser à l'origine calculuse et mettre tout en œuvre pour une intervention précoce du chirurgien. Nous verrons que le pronostic dépend en majeure partie de la précocité de l'opération. Certes, le traitement de l'iléus biliaire n'est plus du domaine médical, mais le médecin peut faciliter considérablement la tâche du chirurgien par un diagnostic précoce, et par là, être d'un grand secours au malade.

Dans ce travail nous ferons un court historique de la question, cette étude étant très bien faite, dans des publications antérieures et en particulier dans la thèse de Daraignez (1921). Nous retracerons l'historique depuis son travail.

Nous rapporterons trois observations : l'observation de la clinique du Professeur Paviot et deux observations inédites dues à l'obligeance du Docteur Duroselle,

Nous préciserons l'étiologie et nous donnerons un aperçu anatomique et physiologique de l'affection, en étudiant l'origine, la migration, le siège et les causes de l'arrêt des calculs.

Nous ferons une étude clinique assez complète, ce sera la partie principale de notre travail. Elle reposera sur les observations publiées, surtout au cours de ces dix dernières années. Nous étudierons les signes fournis par l'interrogatoire, les caractères particuliers des symptômes cardinaux de l'occlusion, les signes propres à l'iléus biliaire et enfin les renseignements fournis par l'évolution.

Enfin nous étudierons le pronostic, les causes de sa gravité et, sans entrer dans le détail des techniques chirurgicales, nous verrons si les dernières acquisitions opératoires permettent de faire un pronostic meilleur.

Historique

Dans sa thèse (1921), DARAIGNEZ fait un historique très complet de la question. Rappelons simplement que la connaissance des accidents dus à la migration des calculs biliaires dans l'intestin date du XVII^e siècle. Les travaux de LUCAS SCHROCK (Augsbourg, 1680), puis de GROSS (Breslau, 1696), de VICQ D'AZYR font apercevoir la possibilité de ces accidents. Les premières observations incontestables et bien étudiées sont d'INGH PORTA (1822) et de MONOD (1827). Depuis cette époque les travaux se sont succédés, très nombreux.

Signalons quelques travaux lyonnais : d'AUDRY, de DUFOURT (*Lyon Médical*, 1887), de JABOULAY. En 1897, nous trouvons la thèse de RAYMOND, inspirée par GANGOLPHE. En 1908, LERICHE et COTTE font une revue générale de l'iléus biliaire dans la *Gazette des Hôpitaux*. De 1909 à 1919, citons les travaux d'ARNAUD, de GANGOLPHE, de TAVERNIER et MURARD (*Lyon Médical*, 1914). En 1921, M. BÉRARD, dans la *Presse Médicale* et dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, résume les notions acquises sur cette variété d'occlusion.

Depuis le travail de DARAIGNEZ, la question de l'iléus biliaire a été maintes fois étudiée et discutée dans les Congrès et les revues médico-chirurgicales. C'est une question qui est devenue à l'ordre du jour. De nombreux chirurgiens ont apporté leurs observations et ont augmenté considérablement la liste des cas connus. De la confrontation de ces cas, sont sorties des remarques intéressantes pour le diagnostic et le traitement.

A la Société de Chirurgie de Paris, la question a été souvent à l'ordre du jour. En 1921, à la suite de l'appel de P. DELBET, chacun apporte ses observations nouvelles. Puis la question est de nouveau discutée à la suite des observations de COCHEZ (1926), de LAMARE et LARGET, d'AUVRAY (1928), de BAILLAT, de GUEULLETTE, de MORICE (1929). Des discussions ont lieu sur l'utilité du sérum salé hypertonique, introduit en France par GOSSET et BINET. BROcq, BRODIN et AIMÉ publient une très belle observation avec radiographie. Puis J. QUENU, DUBOUCHER, DUPONCHEL, CAUDRELIER, SOUBEYRAN apportent leurs cas. Ces publications montrent assez souvent des succès opératoires que l'on n'eut pas espérés autrefois.

A côté de cette société, de nombreux auteurs se sont intéressés à la question. Citons la revue générale de BONNECAZE et LECHAUX (*Arch. des Maladies App. Dig.*, 1924), de DARAIGNEZ (*Journal de Médecine de Bordeaux*). MONDOR en fait une étude très clinique et publie une excellente radiographie dans son volume : *Diagnostics urgents : abdomen*. Citons les observations d'AIMES, BRODIN, CADENAT et THALHEIMER, DUCHAMP, DARTIGUES, etc. A Lyon, il faut signaler les observations de PALASSE et REGARD, de SANTY. GUIL-

LEMINET indique la conduite à tenir (*Soc. de Chir. de Lyon*, 1930). PARTENSKY fait sa thèse sur les formes pseudo-néoplasiques de l'iléus biliaire. Enfin, dernièrement, M. PAVIOT et MOULINIER font une étude du diagnostic et de ses causes d'erreur dans le *Journal de Médecine de Lyon*.

A l'étranger, nous avons relevé également de nombreuses observations, notamment en Amérique, Angleterre et Italie.

Nous ferons constamment mention de toutes ces publications dans notre travail. Mais notre étude s'appuiera surtout sur la cinquantaine de cas que nous avons relevés depuis dix ans.

Observations

OBSERVATION I

(Clinique de M. le Professeur PAVIOT)

Femme de 67 ans. Ictère à 55 ans. Syndromes sub-occlusifs répétés pendant deux ans. Puis tableau d'occlusion à début brutal avec douleurs mobiles, météorisme léger. Evolution discontinue, vidage du bout inférieur de l'intestin. Mort le 20^e jour. Autopsie. Volumineux calcul dans le grêle à un mètre du pylore.

Veuve M..., 67 ans, née au Luxembourg, entrée le 3 octobre 1930, morte le 15 octobre 1930. La malade entre dans le service pour constipation opiniâtre, vomissements abondants et douleurs abdominales sans localisation. Aucun antécédent pathologique au point de vue familial : la malade appartient à une famille de onze enfants qui vivent ou ont vécu en très bonne santé. Au point de vue personnel elle affirme n'avoir jamais été malade. Elle s'est mariée vers 22 ans, eut trois enfants qui se portent bien et trois fausses couches. Son mari est mort, il y a 4 ou 5 ans « pour avoir trop bu », dit-elle. Au point de vue génital elle fut bien réglée et très régulièrement. Elle arriva à la ménopause vers 55 ans et passa cette période critique sans troubles. Elle eut un ictère qui dura un mois à cette époque. En outre elle portait depuis plus de 40

ans un prolapsus utérin qui a atteint actuellement le dernier degré.

L'histoire de la maladie actuelle remonte à 15 jours. A cette époque, au moment d'une tentative de défécation, la malade constata qu'il y avait un arrêt des matières et des gaz. Depuis deux ans, elle présentait de petits syndromes sub-occlusifs qui se répétaient tous les 15 jours et ne duraient que 24 ou 48 heures. Mais ce qui décida la malade à consulter pour cette dernière crise ce furent les douleurs et les vomissements qui accompagnaient cette occlusion. Ils apparurent tous deux, il y a huit jours. Les douleurs sont abdominales, diffuses, aucun siège précis sur le cadre colique ; elles sont mobiles et la malade a quelquefois la sensation d'une *boule qui voyage*. Elles reviennent par crises, trois ou quatre fois dans la journée, la réveillent la nuit. Les vomissements surviennent dès que les douleurs sont apparues, au prix de gros efforts. Ils sont formés d'un liquide assez fluide, comme de l'eau sale, tantôt noirâtre, tantôt jaune ou vert. Ils ont une odeur fétide. Cette nuit, la malade s'est levée deux fois pour vomir. Elle ne s'alimente plus depuis huit jours, ne prend que du Champagne et des tisanes.

Actuellement, on est en présence d'une malade au facies grippé et un peu anxieux. Les dernières douleurs eurent lieu ce matin, vers 5 heures, accompagnées de deux vomissements bilieux amers. On peut constater un léger subictère des conjonctives.

A l'examen de l'abdomen, on constate un léger oedème de la paroi, prenant le pli analogue au plissement des grands amaigris. Le ventre est souple. La palpation n'est douloureuse en aucun point. On sent dans la paroi, dans le tissu cellulaire sous-cutané, de petites nodosités non douloureuses. La percussion ne montre pas de matité nette, déplaçable. On ne sent pas le bord inférieur du foie, la rate n'est pas palpable. Aucune onde péristaltique n'a été vue au cours de l'examen. Les pupilles sont en myosis, les réflexes lumineux et de l'accommodation sont peu nets. Denture en très mauvais état. Auscul-

tation cardiaque et pulmonaire normale. T. A. : 17,5-8. Réflexes achilléens et rotuliens normaux. Dans les urines, albumine et sucre.

4 octobre. La malade a passé une nuit assez agitée, vomissant sans cesse. Ce matin, elle se plaint d'être très lasse et continue à vomir un liquide jaunâtre, fétide. Température à 36°8 ; pouls : 108, filant, imperceptible. Le ventre n'est pas ballonné, est souple. Le côlon ascendant est vide ; on le sent à l'état de corde depuis l'aîne gauche jusqu'au rebord costal. Nulle part ne se dessinent ni onde, ni durcissement, du moins dans le cadre colique. Pas de clapotage cæcal ; pas de distension, ni centrale, ni sous-ombilicale, ni dans les fosses iliaques. Des hoquets persistent, et il y a dans le crachoir un liquide bilieux et un peu fécaloïde. Le rectum au toucher est complètement vide de matières ; les parois sont accolées. Les extrémités sont froides. Les bruits du cœur sont bien frappés, un peu rapides. Recherche du sang dans les selles : négative.

5 octobre. Vomissements continus, moins fécaloïdes, mais plus bilieux. Quand la malade a bu, elle prend des douleurs qu'elle dit diffuses dans l'abdomen et même l'épigastre ; puis elle commence à vomir même tous les liquides. L'aspect de l'abdomen est identique, sans prédominance de dilatation ou de saillie ni médiane, ni latérale. Au début de l'examen on saisit, sous forme de saillie cylindrique, le dessin du côlon ascendant qui bientôt s'atténue et disparaît. Toutes les tentatives pour réaliser l'injection salée, soit dans les veines en solution hypertonique, ou sous la peau en solution physiologique, n'ont déterminé aucune amélioration du syndrome d'occlusion haute. L'injection dans le rectum d'une solution salée hypertonique a déterminé des douleurs qui ont fini par les faire suspendre ; mais entre temps, à deux reprises, ce lavement salé a déterminé l'issue de matières assez abondantes et d'aspect normal ; c'est même ce résultat qui a fait surseoir à la proposition d'une intervention chirurgicale, que l'on tient en suspens à cause de l'imprécision de la cause de l'occlusion haute.

13 octobre. La malade a continué à aller du ventre avec de simples lavements d'eau, mais elle se plaint aujourd'hui de coliques intestinales sans résultats. On surprend presque toujours, dans la fosse iliaque, des contractions intestinales très changeantes.

15 octobre. Les vomissements ont repris, hier au soir, cette nuit à 4 heures. Ces vomissements sont bilieux, n'ont pas d'odeur fécaloïde. La malade se plaint d'une douleur abdominale assez violente. Le ventre n'est pas ballonné ; il n'y a pas de déformation, ni de saillie. La palpation montre de la souplesse partout. Cependant elle montre plus de sensibilité à gauche qu'à droite, mais sans défense musculaire. Il ne serait plus passé ni gaz, ni matières.

16 octobre. La malade s'est éteinte avec des douleurs abdominales diffuses, sans localisation bien définie et hypothermie à 35°6 dans la nuit ; à la contre-visite, la veille au soir, la malade, cyanique et algide, et avec un pouls imperceptible, paraissait en proie à des douleurs abdominales extrêmement violentes qui avaient nécessité la morphine.

Vérification, le 16. A l'ouverture du thorax, adhérences pleurales gauches anciennes. Congestion banale des bases pulmonaires. Cœur, 320 gr. Athérome de l'aorte et des valvules aortiques.

A l'ouverture de l'abdomen, après avoir soulevé le grand épiploon, on voit des anses grêles, en général rouges violacées. La plus grande partie de ces anses est vide, un peu en intestin de poulet, mais il en est une qui attire immédiatement l'attention. Elle est un peu plus volumineuse que les autres, située à la partie inférieure droite du ventre ; un corps étranger cylindrique, dur, flotte dans sa lumière. Cette anse présente en un point de sa surface une adhérence glutineuse, qui la fixe à une frange graisseuse, en arrière de la hanche horizontale droite du pubis. Cette adhérence se détache facilement, et l'on voit à son niveau une plaque de sphacèle gris noirâtre, longue de 2 cm., large d'un bon centimètre, sur le point de se détacher, car elle est plus que feuille morte, mais ramollie, complètement terne.

On remarque en outre au niveau de la vésicule, que celle-ci est accolée par le côté gauche de son bassinnet à une anse grêle. En soulevant l'estomac, on constate qu'il s'agit du duodénum (angle de la 1^{re} et de la 2^e portion). On détache le tube intestinal sur toute sa longueur, on l'ouvre et on constate à environ un mètre du pylore un calcul cylindrique, sorte de moule des parois de la vésicule, dont la tête est arrondie



Calcul A. — Trouvé à l'autopsie dans l'intestin à 1 mètre du pylore.

Calcul B. — Trouvé dans le fond de la vésicule

et lisse, et dont l'autre extrémité au contraire est légèrement cupuliforme et rugueuse (Voir dessin). La coloration est vert de bronze. Au niveau de la tête du calcul, la muqueuse intestinale est le siège d'une ulcération en voie de perforation, des dimensions d'une pièce de 50 centimes, répondant à la plaque de sphacèle décrite plus haut. Au-dessus de l'obstacle, les anses, un peu congestionnées, ont leur volume normal ; au-dessous, au contraire, intestin vide et rétracté.

L'examen du gros intestin a révélé, au niveau de la moitié inférieure du côlon descendant et de l'anse sigmoïde, de nombreuses hernies tuniquaires.

Examen de la fistule cholécysto-duodénale. On a vérifié, d'une façon précise, le siège de la fistule en pratiquant l'ouverture du duodénum et le cathétérisme du cholédoque. L'orifice qui faisait communiquer vésicule et duodénum est très petit et disproportionné avec le volume du calcul. Dans le fond de la vésicule : on trouve un autre calcul (calcul B) du volume d'un dé à jouer qui paraît compléter le calcul intestinal (calcul A). Dans le cholédoque, quelques petits calculs arrondis, brun rouge, au nombre de trois ou quatre.

Appendice normal rétro-cœcal. Un peu de liquide roussâtre dans le fond du petit bassin.

Calcul : poids 40 gr. ; longueur, 5 cm., plus grand diamètre 11 mm. 5.

A noter un rein droit scléreux, atrophique.

OBSERVATION II (*Inédite*)

(Due à l'obligeance du D^r DUROSELLE, Hôpital d'Angoulême)

Femme, 45 ans, affection hépatique datant de 3 ans. Syndrome d'occlusion avec ventre non distendu, pas de péristaltisme. On pense à ileus biliaire. Opérée 4 jours après. Extraction d'un gros calcul. Anse amenée à la peau avec sonde. La fistule ne se ferme pas. Résection de la partie fistulisée et suture bout à bout. Guérison.

Mme M..., 45 ans, depuis 6 mois souffre continuellement du foie, avec crises de coliques hépatiques, mais sans ictère. Son affection hépatique a débuté, il y a trois ans environ. Le 16 juin 1928, au matin, se sent mal à l'aise, souffre du ventre, et vomit. Les vomissements se renouvellent chaque fois qu'elle boit. En même temps arrêt des matières et

des gaz. Cet état persiste le 17, le 18 et elle entre à l'hôpital le 19 au matin.

T. : 37°8, pouls mal perceptible, rapide, mais facies bon. Ventre souple, non distendu, douloureux à la pression à peu près partout, sans défense. Le malade dit que les douleurs spontanées ne ressemblent en rien aux douleurs hépatiques, auxquelles elle est habituée. Elles surviennent par crises durant une minute environ et se renouvellent souvent. Cependant, pas de péristaltisme visible. Le 20, au matin, la malade a un vomissement vert noirâtre, abondant, quoiqu'elle ait été maintenue sous la glace, à la diète complète et au sérum. Elle aurait émis un gaz. Les touchers rectal et vaginal ne donnent aucun renseignement.

On pense à une occlusion haute du grêle, peut-être ileus biliaire.

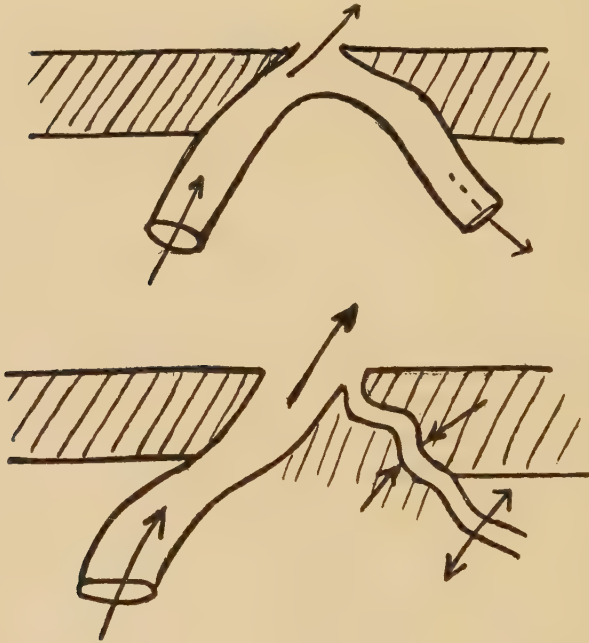
1^{re} Intervention : 20 juin 1928.

Incision médiane, sus et sous-ombilicale. On trouve du liquide séreux légèrement teinté en rose et en assez grande quantité.

Anses grêles, rouges, congestionnées et modérément dilatées. On trouve immédiatement une anse grêle qui contient un corps étranger gros comme une noix et qui semble obstruer complètement la lumière de l'intestin. Cependant, il n'y a pas une très grande différence de calibre entre l'intestin, de part et d'autre du corps étranger. Cette anse grêle est attirée hors du ventre, à la partie inférieure de la plaie et la plaie est fermée dans les 4/5 de sa longueur en deux plans. Ceci fait, l'anse étant bien isolée par des compresses, elle est incisée transversalement sur le corps étranger et celui-ci est extrait. Il s'agit d'un gros calcul biliaire un peu mou. La plaie intestinale est refermée par deux surjets au fil de lin. L'anse est fixée à la peau par trois fils de lin et un peu en amont de l'incision intestinale réparée. On introduit dans l'intestin une sonde de Nélaton n° 16, comme dans une gastrotomie. Pansement avec lame de tulle gras Lumière pour protéger la suture intestinale.

Suites opératoires bonnes. On fait à 4 reprises du sérum salé hypertonique intra-veineux, 20 cc. à chaque fois. Le 23, ablation de la sonde de Nélaton par laquelle on a fait du goutte à goutte.

Suites éloignées. — Les suites opératoires ont été normales et la fistule sur le grêle donne peu dans les premiers jours, une fois la sonde retirée, mais progressivement elle donne de plus en plus, probablement parce que l'anse afférente est progressivement comprimée par la cicatrisation de la plaie. Il arrive un moment où tout le contenu intestinal passe par la fistule, alors que rien ne passe plus par l'anus. La peau est très enflammée et la malade se cachectise.



Il est évident que l'absence de fermeture de la fistule tient à la compression de l'anse afférente dans la cicatrice. Il au-

rait fallu amener l'anse fistulisée seulement au contact du péritoine et non de la peau. (Voir fig.)

2^e *Intervention* : Encerclement de la fistule intestinale qui est fermée provisoirement par un surjet, rabattant au-dessus d'elle les lèvres internes de l'incision circulaire. Puis l'incision est agrandie en haut et en bas en passant par la cicatrice de la 1^{re} opération. On trouve en haut un petit nid de fongosités. L'îlot central qui porte la fistule est isolé progressivement dans la profondeur et on arrive à ouvrir le péritoine, à la partie supérieure de l'incision. La tranche afférente a été ouverte au cours de cette incision. En soulevant l'îlot complètement libéré, on découvre la branche afférente et la branche efférente, dont les adhérences à la peau sont facilement libérées. On fait une résection de la partie incluse dans l'îlot et sur laquelle se trouvait la fistule. Rétablissement de la continuité de l'intestin par une suture bout à bout. Etant donné l'état de la peau de la région opératoire, l'ouverture de l'intestin au cours de la libération de la fistule, on ne fait aucune fermeture de la paroi et on place un Mickulicz.

Guérison. Sortie le 15 septembre. Revue un an après, ne se plaint de rien.

OBSERVATION III (*Inédite*)

(Docteur DUROSELLE)

Femme, 61 ans. Occlusion discontinue. On pense à une appendicite.

Extraction d'un calcul biliaire après iléotomie. Anse fixée au péritoine et sonde.

Cachezie progressive. Mort.

M^{me} G..., 61 ans. Crise d'occlusion depuis une quinzaine de jours. Pour différentes raisons, on croit avoir affaire à une

crise d'appendicite. Elle semble s'améliorer sous la glace et se calme. Puis il y a reprise des douleurs et des vomissements et on se décide à intervenir.

Intervention le 25 juillet 1930. Anesthésie à l'éther. Incision médiane sous-ombilicale. Un peu de liquide dans la cavité abdominale. Anses grêles dilatées. Côlon transverse normal. La main plonge dans le bassin, sent une grosseur dure, qui est ramenée à l'extérieur et se trouve dans une anse grêle. A ce niveau se fait l'union entre le grêle dilaté et le grêle normal. Il s'agit d'un iléus biliaire. Après protection du champ opératoire, incision du grêle sur le calcul, incision longitudinale sur le bord libre et extraction du calcul, une sonde de Nélaton n° 18 est placée dans l'ouverture intestinale, qui est fermée en deux plans. Enfouissement de la sonde à la Witzel sur une longueur de 4-5 cm. Cette zone est fixée au péritoine pariétal. Fermeture de la paroi en deux plans : péritoine, aponévrose et peau.

Suites opératoires, d'abord bonnes, puis cachexie progressive et mort le 13 août.

Le calcul de forme ovale, a une extrémité légèrement recourbée en crosse et mesure 48 mm. sur 39 mm.

OBSERVATION IV

(MM. SAVY, PALIARD et TIXIER)

(Communiquée par M. le Professeur TIXIER)

Cette observation ne se rapporte pas à un cas d'iléus biliaire, mais à un cas intéressant de migration de calculs, allant jusqu'à l'expulsion par les voies naturelles. L'intervention a montré qu'il s'agissait comme d'habitude dans ces cas d'une fistule cholécysto-colique et a permis de surprendre un gros calcul à cheval sur la fistule.

Lithiase vésiculaire ancienne. Expulsion par les voies naturelles de gros calculs (noisettes) en 1917 et en juillet 1931. Angiocholite. Fièvre hépatalgique.

Intervention : cholécystotomie avec ablation d'un gros calcul en train de passer dans le côlon. Mort d'anurie.

M. D..., âgé de 58 ans, souffre depuis plus de 15 ans de troubles digestifs variés expliqués par l'existence d'une lithiase vésiculaire.

En 1917, après une crise très douloureuse ayant duré plus de trois semaines avec température très élevée, mais sans ictère franc et sans aucun signe de réaction péritonéale, deux gros calculs biliaires du volume d'une noisette sont découverts dans les selles. Amélioration considérable au point que le malade peut reprendre un travail actif.

Mais il a toujours souffert de troubles gastriques avec lenteur des digestions, douleurs en ceinture et dans l'épaule droite. Jamais d'ictère. Quelques petites coliques hépatiques frustes.

En juillet 1931, brusquement état général très grave : frissons intenses, température autour de 40° à grandes oscillations. Jamais de vomissements, pas d'ictère, mais gros foie et signes évidents d'angiocholite infectieuse. Un traitement médical est appliqué par M. le Professeur Savy qui, en raison de l'état général très mauvais, ne croit pas qu'une intervention immédiate soit possible.

Brusquement, le 14 août, amélioration et un gros calcul biliaire est trouvé dans les selles. En raison de cette histoire qui rappelle celle qui, en 1917, s'était bien terminée et en raison de l'amélioration de l'état général, on attend.

A partir du 12 septembre, réapparition des risques d'angiocholite avec grands frissons et haute température. Le malade est transporté à la clinique Saint-Charles, le 18 septembre, dans un état très grave. Le pouls est à 140, le faciès terreux ; congestion de la base droite et oligurie à 400-500 cc., rendant impossible, car trop périlleuse, la moindre intervention.

Légère amélioration, sous l'influence du sérum rectal

goutte à goutte, des toni-cardiaques, et une intervention semble défendable. Une cholécystotomie peut être tentée.

Le 29 septembre, M. Tixier, sous anesthésie locale et une simple laparotomie para-costale droite, cherche la vésicule. Cachée sous un magma d'adhérences anciennes, elle est réduite à un moignon épais à parois ayant au moins 2 cm. d'épaisseur. Elle contient du muco-pus, mais pas de bile. C'est que le doigt introduit dans la vésicule perçoit un gros calcul (petite noix) logé dans le tiers profond du corps de la vésicule et dont une moitié a perforé la paroi vésiculaire et est engagée dans le côlon au niveau du tiers externe du côlon transverse. Pour le sortir et dégager le canal cystique, on est obligé de séparer la vésicule du côlon, ce qui permet de découvrir une large communication cholécysto-colique. Le calcul enlevé, on ferme rapidement la perforation colique. Un gros drain est introduit dans la vésicule qui se remplit de bile et une compresse est intercalée entre la vésicule et le gros intestin recouvert d'épiploon.

Dès le soir, la bile s'écoule abondamment. Elle est très noire. La température baisse et l'état général est meilleur. Le lendemain, écoulement abondant de bile. Aucune réaction thermique, ni péritonéale, mais le malade n'urine pas. On s'assure qu'il n'y a pas de rétention. C'est une anurie presque totale que rien ne peut améliorer et qui détermine la mort en 48 heures (malade suivi par le Docteur Paliard).

Cas typique d'expulsion de gros calculs par perforation de la vésicule à sa partie inférieure et coalescence de la vésicule avec le côlon, ayant permis la migration par le gros intestin et les voies naturelles. Angiocholite consécutive infectieuse très grave, à cause de la communication des voies biliaires avec l'intestin. (Professeur Tixier).

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique - Mécanisme

On désigne sous le nom d' « iléus biliaire », l'occlusion intestinale aiguë ou subaiguë provoquée par la migration et l'arrêt d'un volumineux calcul biliaire dans l'intestin. Nous allons étudier les différents facteurs qui concourent à produire cette occlusion.

I. — Le calcul

Nous disons qu'il s'agit de calculs biliaires pour éliminer en effet les entérolithes dont parle Chauffard et qui pourraient prêter à confusion, bien que l'examen macroscopique et chimique, au besoin, révèle vite leur identité.

ORIGINE. — Ces calculs biliaires viennent ordinairement de la *vésicule biliaire* ; très rarement ils sont

cholédociens. Rappelons cependant la malade de Petit de la Villéon, qui, opérée de cholécystectomie par lui, présenta, un ans après, un iléus biliaire suivi de l'élimination de 5 calculs gros comme le pouce.

NOMBRE. — Ce sont ordinairement des *calculs solitaires*. Rarement on en trouve plusieurs s'imbriquant comme dans les observations de Moore et de Gillette. Il faut bien connaître, pour l'intervention, qu'il peut y avoir plusieurs calculs en chapelet dans l'intestin, comme le rapportent Baillat et Bonnetaze-Lechaux (4 calculs). De même il peut très bien y avoir un gros calcul produisant l'occlusion alors qu'il reste dans la vésicule d'autres calculs (obs. Paviot) qui constituent un danger plus lointain. Dans ces cas, l'examen des facettes du calcul est très utile.

FORME. — Ils sont le plus souvent arrondis, reproduisant totalement ou en partie le moule vésiculaire. Lorsqu'il y en a plusieurs, ils présentent des facettes d'articulation et se complètent (Voir fig. obs. I).

VOLUME ET POIDS. — Ces calculs atteignent fréquemment le volume d'une noix, d'un œuf de pigeon ou de poule, etc., disent les auteurs. Leur poids est variable et non en rapport avec leur volume, les calculs de cholestérine étant plus légers. Il est au moins de 7 à 8 gr. Le poids courant est 20-30 gr. Il pesait 40 gr. et avait 5 cm. de long, dans le cas de M. Paviot. Soubeyran en a retiré un de 45 gr. Quenu et Duval, 55 gr. Bourdon, 62 gr.

CONSTITUTION. — En général, deux parties : l'une centrale, sombre, noirâtre, formée de cholestérine et de pigments biliaires ; l'autre, périphérique, formée

de couches concentriques de sels calcaires qui les rendent plus durs. Dans l'intestin, ils peuvent s'enrober de matières fécales durcies qui augmentent leur volume.

OPACITÉ AUX RAYONS X. — Variable. Ils sont en général plus sombre à la périphérie et Daraignez a montré expérimentalement que leur opacité augmentait avec la teneur en chaux.

II. — Passage du calcul dans l'intestin

Le calcul peut cheminer par plusieurs voies, d'importance d'ailleurs très inégale.

1° *Voie cholédocienne*

Bien que reposant sur des faits certains, cette voie doit être considérée comme exceptionnelle, étant donné le volume des calculs. Courvoisier en cite 7 cas, Lesk, 5. Traffelmann a vu le cholédoque atteindre la grosseur du grêle. Delbet, en 1921, rapporte l'histoire d'un calcul plus volumineux que le pouce, engagé dans la partie terminale du cholédoque.

2° *Voie anormale*

Par une *fistule* faisant communiquer la vésicule avec l'intestin. C'est la règle presque générale.

La *fistule* peut être cholécysto-duodénale ou cholé-

cysto-colique. On sait en effet que le duodénum (D¹ D²) et l'angle droit du côlon sont anatomiquement très voisins du bord inférieur du foie et de la vésicule. Ils sont même assez fréquemment en relation directe par des mésos ou ligaments péritonéaux.

Les fistules duodénales sont beaucoup plus fréquentes et sont à l'origine même de l'iléus biliaire vrai. Nous verrons en effet qu'un calcul même assez gros passant par une fistule cholécysto-colique a peu de chances d'être arrêté ou de produire des accidents occlusifs graves.

La proportion de ces deux variétés de fistules varient légèrement avec les auteurs.

Naunyn donne 16 fistules duodénales pour 19 cas.

Wilson donne 28 fistules duodénales pour 30 cas.

Daraigne donne 25 fistules duodénales pour 35 cas.

Guillemin donne 65 % de fistules duodénales.

FORMATION DE LA FISTULE. — Est relativement simple. Des adhérences de péricholécystite unissent la vésicule à l'intestin, déjà anatomiquement voisins. Le calcul, par usure lente des tissus, finit par perforer la vésicule et l'intestin et progresse jusque dans la lumière de ce dernier. Le même résultat peut être obtenu plus rapidement au cours d'une crise douloureuse par rupture brusque des parois déjà lésées.

De nombreuses constatations opératoires ou nécropsiques ont confirmé cette manière de voir. L'effraction a pu être surprise sur le vif. Okinczyc a trouvé à l'intervention un volumineux calcul à demi engagé dans le duodénum. Même constatation sur deux malades d'Hartmann et de Santy Dans notre observ. IV, M.

Tixier dit qu'il trouva un gros calcul à cheval sur une fistule cholécysto-colique.

Les deux orifices de la fistule sont en général en contact immédiat ou parfois reliés par une zone de tissus fibreux. Les orifices sont arrondis, parfois ovaires, mesurant de 1 à 2 cm. et même 4 cm. (Bourdon). Il y a donc disproportion nette entre les dimensions de l'orifice et celle du calcul. Cet orifice d'ailleurs se rétrécit rapidement et s'obture. Wolff Smith et Lindner trouvèrent, à l'autopsie d'un cas d'iléus biliaire, la fistule cicatrisée.

III. — Evolution du calcul dans l'intestin

Le calcul arrivé dans le duodénum peut s'y enclaver et même remonter, donnant un syndrome de sténose pyloro-duodénale, comme Delore et Lacroix, Okinczyc, Villard et Cade l'ont signalé. Nous ne parlerons pas dans la suite de cette éventualité qui sort du cadre de l'iléus biliaire. Rarement enfin les calculs ont pu être évacués dans l'estomac.

En règle générale, le calcul, sollicité par les contractions intestinales et la vis à tergo, va suivre le courant et s'arrêter en des points très variables de l'intestin. Il faut savoir que le calcul a pu être toléré assez longtemps, en particulier dans le duodénum. Brocq, Brodin et Aimé ont observé à la radiographie un calcul dans le duodénum un mois avant que les accidents d'iléus éclatent.

L'évolution des calculs diffère avec leur origine. Ceux ayant passé par une fistule duodénale ont peu de chances de continuer leur route sans arrêt et la plupart du temps bien avant la valvule de Bauhin ils sont fixés.

Les calculs ayant passé par fistule colique ont peu de chances de provoquer des accidents sérieux, étant donné le calibre de la lumière du gros intestin. Il est probable qu'ils sont en cause dans la plupart des cas d'élimination de calculs par l'anús. Dans notre observ. IV nous rapportons en effet le cas d'un malade ayant évacué à plusieurs reprises de gros calculs sans incidents occlusifs notables et qui, opéré plus tard par M. Tixier, montra une fistule colique.

Cette dernière éventualité se produit relativement assez souvent ; pour Courvoisier, dans la moitié des cas de migration de calculs ; dans 32 % des cas pour Schuller et Kirmisson ; moins souvent, en réalité, semble-t-il. Citons le cas assez récent d'Hartmann qui enleva au toucher rectal un calcul, le 10^e jour après l'apparition des signes d'occlusion. Guillemin en cite également deux observations.

NIVEAU DE L'ARRÊT DU CALCUL. — De nombreuses statistiques ont été faites à ce sujet.

Sur 32 cas, Leichtenstern le trouve :

10 fois dans le duodénum ou le jejunum ;

3 fois dans le milieu de l'iléon ;

17 fois dans la terminaison de l'iléon.

Courvoisier le signale dans l'iléon dans 65 % des cas.

Sur sept cas, Wortmann l'a rencontré six fois dans l'iléon, pour une fois dans le jejunum.

Pour Barnard, le siège est d'autant plus élevé que le calcul est plus gros.

Retenons que le plus souvent c'est dans le dernier mètre de l'iléon qu'on le trouve.

CAUSES D'ARRÊT DU CALCUL. — On a prétendu que le calibre du grêle diminuait à mesure que l'on approchait de la valvule iléo-cæcale. On a supposé une invagination en doigt de gant de la muqueuse, etc.

Dans la plupart des cas opérés, on a trouvé le calcul enserré par un intestin contracturé localement. Certains auteurs ont voulu voir dans ce spasme appelé par des lésions minimales de la muqueuse la cause de l'arrêt du calcul. Mais ce spasme n'est-il pas plutôt secondaire à l'arrêt, traduisant la lutte de l'intestin pour faire progresser le calcul.

Le volume du calcul joue un rôle. Il peut être augmenté par l'apport progressif de dépôts calcaires et de matières intestinales. A notre avis, il semble qu'il faille voir dans la forme même du calcul une cause d'arrêt. Il est en général de forme ovale et progresse suivant son plus petit diamètre, comme une tête fœtale dans le canal pelvi-génital. Si pour une cause quelconque : repli intestinal, coudure, hernie de la muqueuse, rétrécissement cicatriciel, le calcul est arrêté momentanément, il va avoir tendance à basculer et à progresser par son plus grand diamètre, ce qui ne fera que le bloquer davantage et appeler le spasme. Une fois ce calcul arrêté et l'intestin spasmodé, devant un tel obstacle, le cours des matières, déjà troublé, sera interrompu et les accidents d'occlusion apparaîtront.

LÉSIONS PRODUITES SUR L'INTESTIN. — Le calcul en passant à frottement dur dans l'intestin, va produire des éraillures de la muqueuse. Plus importantes encore

sont les ulcérations produites par compression au niveau du calcul arrêté. Nous verrons, au point de vue pronostic, le rôle joué par ces lésions de la muqueuse, qui sont des portes d'entrée pour les produits toxiques (Guilleminet). De plus, ces ulcérations peuvent aboutir à la perforation, dont la conséquence est le déclenchement d'une péritonite localisée ou généralisée. Santy opéra une malade qui présentait un abcès sus-pubien, après perforation par calcul biliaire.

Au-dessus de l'obstacle, l'intestin est dilaté, ecchymotique, ces lésions pouvant aller jusqu'à la nécrose (obs. I).

CHAPITRE II

Fréquence - Etiologie

Fréquence

Faut-il accepter que l'iléus biliaire est une complication très rare de la lithias biliaire et que c'est un diagnostic d'exception ? Courvoisier, en 1890, en réunissait 131 cas. Quenu, en 1909, en relève 300 cas environ. Daraignez, en 1921, arrive à un total de 393 observations publiées. Depuis lui, c'est-à-dire depuis dix ans, nous en relevons en France une cinquantaine et environ autant dans la littérature étrangère. Peut-être une meilleure connaissance du diagnostic et plus d'intrépidité à ne pas abandonner les occluses de 70 ans montreront-elles que l'iléus biliaire est loin d'être exceptionnel.

Par rapport à l'occlusion en général, l'iléus biliaire n'est certes pas très fréquent.

Fitz donne 23 cas pour 245 occlusions, soit 1 pour 13.

Barnard donne 8 cas pour 360 occlusions, soit 1 pour 45.

Lenormant donne 3 cas pour 43 occlusions, soit 1 pour 14.

Wortmann, en 1923, donne une fréquence relative de 5 %.

Faut-il penser que le traitement actuel, mieux conduit des lithiasiques, fera diminuer le nombre des accidents dus à la migration des calculs ? Peut-être sensiblement, bien que, comme nous le verrons, près de la moitié des malades n'ont pas présenté d'antécédents biliaires et n'ont donc pas pu être soignés comme tels. D'autre part, l'iléus biliaire a pu se voir chez les opérés. Citons à nouveau la malade de Petit de la Vil-
léon qui, opérée de cholécystectomie, présenta après des accidents d'iléus biliaire et élimina 5 calculs comme le pouce. Même chose chez une malade de Balle.

Signalons pour terminer les cas rares de récidives. Brentano opéra une deuxième fois, 14 jours après une première intervention et trouva un nouveau calcul au même endroit. Downes dut réopérer le lendemain. La malade de Peraire, opérée d'iléus biliaire, émit péniblement, 15 jours après, un deuxième calcul.

Causes favorisantes

Sexe. — La majeure partie des cas observés se rapportent à des femmes. On sait en effet que la lithiasie biliaire est beaucoup plus fréquente chez la femme,

quatre femmes pour un homme, d'après certains auteurs. Pour l'iléus biliaire nous retrouvons des proportions à peu près semblables.

Kirmisson et Rochard : 75 femmes pour 25 hommes.

Daraigne : 153 femmes pour 62 hommes.

Sur 46 observations que nous avons lues, nous n'avons trouvé que celles de 3 hommes.

Age. — C'est exceptionnel avant 40 ans.

Naunyn place le maximum de fréquence entre 55 et 60 ans. Daraigne, de 60 à 70 ans. Pour nous, la moyenne est 59-60 ans.

Passé pathologique de lithiase biliaire. — Nous en reparlerons au cours de l'étude clinique et nous verrons ce qu'il faut en penser. Notons cependant que la plupart des malades ont un foie taré, qu'ils l'aient manifesté extérieurement ou non, ce qui est pour eux un facteur d'aggravation du pronostic.

En résumé, on peut dire que l'iléus biliaire est surtout l'occlusion des « *femmes âgées* ».

CHAPITRE III

Etude clinique

Pour l'étude des symptômes, leurs caractères particuliers, leur valeur, nous suivrons un plan essentiellement clinique, comme en présence d'un malade à examiner. Nous aurons le défaut d'être un peu trop schématique et l'iléus biliaire, qui aime à changer de masque, se montre bien rarement avec tout le cortège de signes que nous étudierons. Mais c'est là un défaut commun à toutes les études symptomatologiques et qui est nécessaire si l'on veut voir clair.

Prenons un malade, tel que l'on est en général appelé à le voir, en période d'état. Nous sommes en présence d'un tableau d'occlusion avec son *carré classique* :

Douleurs ;

Vomissements ;

Arrêt des matières et des gaz ;

Météorisme.

Etudions les particularités de ce syndrome et nous verrons si, joint à d'autres éléments, il peut nous conduire au diagnostic.

1° LA DOULEUR.

Le début est en général brusque, « après un repas », « au cours d'une tentative de défécation », disent les malades. Elles sont d'intensité variable, tantôt atroces, tantôt presque nulles. Le malade les compare à des pincements, à une torsion. Elles sont surtout discontinues, calmées par intervalles, puis reprennent plus violentes. Ces caractères sont, nous le voyons, assez banaux.

Il semble que l'on puisse attendre davantage de la *variabilité du siège de la douleur*. La douleur qui, après un orage, s'était localisée à droite, peut se présenter le lendemain avec son maximum sur la ligne médiane, ou même dans la fosse iliaque gauche. A des examens différents, la douleur a pu changer de place. Les malades eux-mêmes s'en rendent compte. La malade de M. Paviot disait avoir la sensation « *d'une boule qui voyage* ». Une malade de Guillemin sentait « quelque chose qui se déplaçait ».

Chauffard, qui a observé ce déplacement de la douleur dans un cas suivi d'élimination de calcul, y voit la preuve du cheminement du calcul franchissant différents obstacles. Il semble qu'il faille plutôt voir dans ce déplacement des douleurs, le déplacement d'une anse grêle mobile, sensible et alourdie par un calcul.

2° LES VOMISSEMENTS.

Sont un des symptômes les plus constants et les plus précoces. Ils sont toujours très abondants, se répétant plusieurs fois dans la journée, aboutissant à une déshydratation profonde.

Ils sont d'abord bilieux et alimentaires, mais ils sont surtout précocement fécaloïdes, c'est-à-dire jaunes, brunâtres et malodorants, dès le 2° ou 3° jour.

De même que les douleurs, les vomissements peuvent cesser pendant quelques heures ou un ou deux jours, puis reprennent. Ils sont irréguliers.

Dans des cas exceptionnels, on a pu trouver des calculs dans les vomissements. Le cas de Petit est bien connu. Plus récemment, trois calculs, gros comme une noisette, rendus par les vomissements, permirent à Larget de faire le diagnostic d'iléus biliaire.

3° ARRÊT DES MATIÈRES ET DES GAZ.

C'est évidemment le signe fondamental du syndrome d'occlusion. Généralement, il n'est pas d'emblée absolu. Il arrive que l'arrêt des matières soit complet et qu'il sorte encore quelques gaz. Puis l'arrêt devient absolu, s'y maintient et brusquement ou à la suite d'un lavement par exemple, le malade évacue une selle. Puis de nouveau l'arrêt reprend. Dans le cas de M. Paviot (obs. I), un lavement salé détermina l'issue de matières abondantes alors que la malade était en occlusion depuis trois jours, ce qui fit surseoir à l'intervention.

Ces alternatives s'expliquent sans doute par le fait que la plupart du temps on est en présence d'une occlusion haute et que le malade met quelque temps à vider le bout inférieur de son intestin. Ou encore le spasme est-il incomplet au début ?

4° LE MÉTÉORISME.

Tous les auteurs sont presque d'accord pour trouver que le météorisme n'est presque jamais considérable, et moindre que dans les autres occlusions, ceci sans doute parce que l'arrêt des gaz n'est pas d'emblée absolu.

Sur les observations, nous lisons par exemple : « le ventre n'est pas ballonné », « légèrement ballonné dans la région péri-ombilicale », ou « peu météorisé ». J. Quenu dit que « dans aucun des quatre cas qu'il a observés, il n'a trouvé le ballonnement énorme, si fréquent dans les autres occlusions. »

Au niveau du ballonnement léger que l'on trouve, on perçoit du tympanisme à la percussion et souvent des ondes péristaltiques.

De l'étude de ce syndrome occlusif que l'on rencontre dans l'iléus biliaire, nous pouvons retenir des renseignements parfois assez précis et que nous pouvons résumer ainsi :

Douleurs brusques, graves, par crises et changeant de siège.

Vomissements abondants, précocement fécaloïdes et irréguliers.

Arrêt des matières et des gaz, incomplet au début, non définitif par la suite.

Météorisme léger et péristaltisme.

Contrastant avec la gravité de ces symptômes, on remarque que l'état général n'est pas touché en rapport, ainsi que beaucoup d'observateurs l'ont dit.

Les particularités de ce tableau traduisent une *occlusion haute du grêle, à installation rapidement progressive et entrecoupée de rémissions*. Les caractères de ces symptômes peuvent déjà orienter le clinicien, surtout s'ils sont liés aux conditions étiologiques que nous avons étudiées, c'est-à-dire apparaissant chez une *femme âgée*.

Si l'on pense à ce moment à l'iléus biliaire, l'interrogatoire précis et la recherche de certains signes vont prendre une importance capitale et peut-être fixer le diagnostic.

Conduite et résultats de l'interrogatoire

L'interrogatoire va comprendre deux étapes (Mondor) :

- 1° l'étude des antécédents, du passé hépato-biliaire;
- 2° l'étude des phénomènes qui ont pu précéder la période d'occlusion confirmée.

1° ANTÉCÉDENTS HÉPATIQUES ET BILIAIRES.

Leur valeur diagnostique varie beaucoup avec les auteurs. Wortmann prétend que s'il y a des antécédents hépatiques on peut faire le diagnostic. S'il n'y en a pas, l'intervention seule le fera. D'autres auteurs déclarent que vu leur rareté relative, il ne faut pas compter sur eux pour faire le diagnostic.

Les antécédents qu'il serait intéressant d'avoir, se rapportent à la longue période qui a dû s'écouler pour que de volumineux calculs se forment, aux troubles

qu'ils ont pu engendrer dans les voies biliaires et aussi aux poussées inflammatoires et aux lésions de péricholécystite qui les accompagnent. A première vue, il paraît extraordinaire que tout ce passé soit absolument silencieux et que toutes ces lésions aient pu se produire sans que le malade soit averti. Or les statistiques sont peu encourageantes. On ne trouverait les antécédents biliaires qu'une fois sur deux, dit Lesk, dans le 1/3 des cas, disent Bonnacaze et Le Chaux, dans 18 % des cas d'après Robineau. Dans les observations publiées depuis 1921, nous relevons des antécédents nets dans 45 % des cas.

Les renseignements très nets sont peu fréquents. Les cas sont rares où on apprend des coliques hépatiques franches, répétées, accompagnées d'ictère. Encore plus rares les malades, comme celui de Mouisset, qui ayant éliminé un premier calcul et ayant présenté six mois après, une douleur en coup de couteau dans la région vésiculaire, venait annoncer à son médecin la migration d'un 2^e calcul et le prouvait quelques jours après. La plupart du temps les renseignements sont vagues. On apprend une colique hépatique à la suite d'une grossesse, un ictère dix ans auparavant, par exemple.

Pourquoi un passé aussi discret ? Ce « silence hépatique », comme le dit M. Paviot, se comprend dans une certaine mesure si l'on tient compte du fait que la constitution de ces gros calculs dans la vésicule, à bas bruit, sans phénomènes infectieux, paraît une condition de tout le syndrome.

Est-ce qu'il ne faut pas attendre plus de cette partie de l'interrogatoire ? Est-ce que, comme le dit Mondor,

les réponses sont vagues, parce que les questions l'étaient aussi ? Il faut remarquer que c'est bien souvent après l'intervention et surpris d'avoir affaire à un iléus biliaire que le chirurgien apprend des antécédents intéressants.

Que faut-il demander au malade ?

Demandons d'abord les symptômes francs, qui ont fait époque : coliques hépatiques nettes, syndrome douloureux de l'hypochondre droit avec fièvre et plas-tron, ictère, etc. Demandons s'il y a eu un passé digestif avec douleurs tardives, des douleurs fugaces avec irradiations vers l'épaule droite, des crises de diarrhée liées à une chasse biliaire mal réglée, des crises de subocclusion, etc.

Nous concluerons en disant que les antécédents hépatiques sont très importants pour le diagnostic quand ils existent nettement. Il faut savoir s'en passer, car ils manquent souvent, mais aussi chercher à les faire apparaître par un interrogatoire méthodique et précis.

2° PHÉNOMÈNES AYANT PU PRÉCÉDER LA PÉRIODE D'OCCLUSION.

Le passage du calcul à travers la fistule et sa fixation sont-ils traduits par des signes cliniques, par des *prodromes* ?

Quelquefois nous ne trouverons rien et nous trouverons un malade d'emblée en pleine occlusion. Plus heureux parfois, on pourra entendre raconter un *début assez dramatique avec douleur épigastrique violente*, en coup de couteau, vomissements, comme le rapportent plusieurs observations de Baillat, Guilleninet, Dartigues, etc. Ce début brutal précédant l'occlusion, traduit très probablement le passage du calcul à travers

la fistule. Bonniot fit le diagnostic d'iléus biliaire sur cet épisode douloureux.

Plus rarement on pourra constater un syndrome de *sténose pyloro-duodénale* précédant l'occlusion, avec douleurs épigastriques, vomissements répétés, rétention gastrique et péristaltisme stomacal. La malade de Palasse et Regard en eut un épisode très net.

Les *crises de subocclusion* accompagnant les premiers déplacements du calcul avant sa fixation ont une certaine valeur. C'est la « période d'installation » (Guilleminet).

Ce sont là les trois seules manifestations du début intéressantes à retenir. On en a signalé beaucoup d'autres, mais elles sont trop exceptionnelles. Körte a signalé l'*hémorragie prémonitoire*, due sans doute au travail ulcératif aboutissant à la constitution de la fistule. Le malade de Mouisset eut, en même temps qu'une douleur en coup de couteau dans la région vésiculaire, du sang rouge dans ses selles et évacua un calcul quelque temps après. La malade de Baillat eut une douleur épigastrique très vive et eut immédiatement une hématomèse évaluée à un demi-litre.

On a signalé l'*ictère* (Dartigues). Mondor l'a retrouvé dans 6 observations.

On a également décrit la *tumeur vésiculaire disparaissant* avant l'occlusion (Chutton, Maclagan).

Chauffard a insisté sur le « *vidage brusque et massif de l'intestin* ». Une de ses malades, avant l'occlusion, « eut une selle formidable et rendit un plein vase de matières ». Nous n'en avons pas retrouvé d'autre exemple.

En réalité, ces derniers prodromes que nous venons

d'étudier sont trop rares pour nous intéresser et ne peuvent au contraire qu'égarer le diagnostic quand on les trouve.

Nous avons étudié les caractères particuliers du syndrome d'occlusion, les renseignements fournis par l'interrogatoire et l'étude de la période d'installation et nous avons déjà trouvé un ensemble de renseignements qui permettent de penser fortement à l'iléus biliaire. Existe-t-il des signes qui, trouvés, permettraient d'affirmer le diagnostic ? Nous répondrons affirmativement et allons étudier leurs caractères et leur valeur.

Signes particuliers à l'iléus biliaire

1° PERCEPTION D'UN CALCUL AU PALPER ABDOMINAL.
— C'est là un signe malheureusement trop rare et pour J. Quénu le seul signe pathognomonique de l'affection. Leriche et Cotte ont dit : « le signe qui possède la plus grande valeur, c'est la brusque apparition d'une *tumeur dure* en un point quelconque de l'abdomen ; quand elle existe, c'est à son contact que vient finir le péristaltisme et que peut exister au début le météorisme localisé ».

Pour le sentir, il faut d'abord une paroi souple et pas trop grasse, et un calcul arrêté dans une anse accessible à la palpation. On peut alors sentir une *petite tumeur arrondie*, « extrêmement dure, plus dure que toute autre espèce de tumeur », dit E. Quénu. C'est un signe qui exige la palpation méthodique et

complète de l'abdomen, car cette tumeur peut se trouver partout. Potherat la sentit dans la région sus-pubienne, François à droite de l'ombilic, Guilleminet dans la fosse iliaque droite. Bourde put prendre une masse dure entre le pouce et l'index et la soulever.

Il faut se mettre à la recherche du calcul dans le ventre si on soupçonne l'iléus biliaire. La réponse viendra peut-être faire lumineux un problème clinique si difficile jusque-là incertain (Mondor).

2° LE TOUCHER VAGINAL ET RECTAL. — Nous en dirons autant et nous conseillerons encore plus de le rechercher, car il a donné des résultats plus fréquents que le palper. D'ailleurs ne doivent-ils pas être pratiqués en présence de toute occlusion ? Le calcul arrêté vers la fin du grêle peut en effet être trouvé dans le petit bassin. Lamare et Larget sentirent au toucher « dans le cul-de-sac droit une masse ronde que l'on pouvait mobiliser, amener contre la paroi latérale du bassin et dont on pouvait apprécier la surface régulière, la consistance pierreuse et le volume » et portèrent aussitôt le diagnostic d'occlusion par calcul. Guillemet dit, dans une observation : « Par le toucher vaginal, on sent très haut dans le cul-de-sac gauche, une masse arrondie très dure, dont la surface n'est pas uniformément lisse, du volume d'une grosse prune et peu mobile ». Enfin Hartmann, par le toucher rectal, retira un gros calcul de l'ampoule. Voilà donc une partie de l'examen à ne pas négliger, car, comme pour Cochez, qui sentit derrière l'utérus un corps arrondi, très dur, c'est peut-être à bout de doigt qu'est la réponse.

3° LA RADIOGRAPHIE. — Elle peut lever bien des doutes, si on a les moyens et les loisirs de la pratiquer.

Les calculs biliaires sont-ils visibles à la radio ? Les expériences de Daraignez et Lebeau sur le cadavre ont montré que la visibilité était proportionnelle à la teneur en chaux. Ces auteurs insistent sur la position de profil qui leur a donné de bons résultats. Le meilleur résultat a été obtenu par eux avec un calcul provenant d'iléus biliaire, sans doute parce que le séjour du calcul dans l'intestin est une condition favorable à l'encroûtement calcaire.

La plupart des radiographes pensent que le calcul, pour être bien visible, doit contenir 20 à 25 % de sels calcaires (Mauclaire).

Voyons les faits cliniques et les cas où ce mode d'investigation a pu rendre service :

Le premier exemple semble dû à Ludin. Six heures après un repas baryté, il vit « une distension marquée des anses grêles ; à l'extrémité distale des ombres du grêle, on voyait une ombre mince ourler en quelque sorte un centre plus clair de forme ovale » (calcul biliaire à l'intervention).

Martens publie un cas ensuite.

Mondor, en 1928, a pu obtenir un cliché absolument typique (reproduit avec celui de Ludin dans son traité : *Diagnostics urgents*). Le cliché obtenu permet de diagnostiquer avec une égale certitude l'occlusion, son siège et sa cause. « On y voit l'arrêt net de la baryte et précédant cet énorme serpent opaque une tête plus claire à contours ovalaires parfaitement dessinés, c'est le calcul ». Enfin nous devons signaler le cas particu-

lièrement intéressant de Brocq, Brodin et Aimé, où une radio pratiquée montra dans le duodénum un calcul qui, quinze jour après, devait produire une occlusion dont le diagnostic fut fait aussitôt par l'un d'eux.

Dubouché fit également une fois le diagnostic par la radiographie.

Eléments de diagnostic tirés de l'évolution des accidents

Au cours de cette étude, nous avons déjà rencontré des signes pleins de valeur, mais nous avons vu qu'ils étaient bien infidèles. L'évolution a-t-elle une allure particulière et peut-elle nous aider à redresser un diagnostic hésitant ou faussé ?

Ecartons d'abord les raretés pour arriver à la forme commune.

On a décrit des formes suraiguës. On en cite quelques cas : la malade de Naunyn qui meurt en trente heures, celle de Schläffer qui meurt en moins de trois jours, etc.

En passant à l'autre extrême, on a décrit des formes relativement bénignes avec subocclusion évoluant en plusieurs semaines ou se terminant par l'expulsion de calculs. Les deux observations récentes de Guillemain sont des types de ces formes bénignes avec élimination. Comme nous l'avons d'ailleurs dit, rien ne prouve que dans ces cas, il ne s'agisse pas simplement de calculs ayant passé par une fistule colique. Compter sur ces formes lentes et bénignes serait bien dangereux.

La forme habituelle, reconnue par la majorité des auteurs, est la *forme discontinue*, intermittente, progressant par oscillations. Les crises intermittentes de l'iléus biliaire ont été signalées par Mossé (1885) qui parle des « crises fréquentes », par Kirmisson et Rochard : « Il est des faits dans lesquels la marche n'est pas continue, mais où on voit, après une guérison apparente, les accidents se reproduire. Une des particularités de l'occlusion intestinale par calculs biliaires est de se manifester par crises intermittentes ». Quenu parle de « série d'occlusions subintrantes ». Tengwall a insisté « sur les oscillations de cette occlusion, un jour grave, le lendemain apaisée, le surlendemain aggravée encore ».

Indépendamment de la période de tolérance relative parfois assez longue qui peut se voir avant l'installation du syndrome occlusif, il y a donc des périodes où les phénomènes s'amendent et où l'on croit avoir affaire à une rémission favorable.

Prenons des exemples : M. Paviot pense à faire intervenir pour sa malade, mais un lavement salé détermine l'issue de matières assez abondantes et les vomissements cessent, pour reprendre le jour suivant (obs I). Une malade d'Hartmann est vue par lui pour vomissements fécaloïdes et douleurs. Il pense à l'opérer, mais il y a de nouveau expulsion de gaz et de matières. Une malade de J. Quenu eut deux améliorations avec arrêt des vomissements et expulsion de matières. Nous pourrions multiplier les exemples.

Certains auteurs, dont E. Quenu, ont voulu tirer de ces formes discontinues un « *syndrome de Karewski*

de l'iléus biliaire » (du nom de celui qui les a le premier observées) et ont voulu l'expliquer par des arrêts successifs du transit intestinal par déplacement du calcul oblitérant, pouvant aller jusqu'à l'expulsion. Daraignez en fait des « formes à étages ». Cela est peut-être voir les faits d'une façon un peu trop simple. On peut se demander si ces oscillations dans l'évolution ne sont pas dues à des modifications du spasme intestinal sur le calcul ou quelquefois encore à la migration de plusieurs calculs en chapelet, comme Bonnecaze et Le Chaux en rapportent un cas intéressant.

Quelle que soit l'interprétation que l'on veuille en donner, il y a dans cette évolution des caractères à retenir, caractères « d'occlusion discontinue », suivant l'heureuse formule de Kirmisson et Rochard. Nous verrons qu'au point de vue pronostic, cette notion est également à bien connaître, car elle ne peut que tromper le médecin .

Nous avons ainsi passé en revue les éléments de diagnostic que le médecin peut rencontrer au cours d'un examen complet. Résumons-les en quelques mots .

On est en présence d'une occlusion dont la physiologie bien spéciale est caractérisée par :

- des douleurs, brusques, graves, intermittentes et changeant de siège ;
- des vomissements abondants, précocement fécaloïdes et irréguliers ;
- un arrêt des matières et des gaz incomplet au début, non définitif par la suite ;
- du météorisme léger avec péristaltisme.

Tous signes qui traduisent une occlusion haute du grêle s'installant progressivement et entrecoupée de quelques rémissions, l'état général se maintenant assez bien.

Ce tableau particulier apparaissant le plus souvent chez une femme âgée, demande à être complété par un interrogatoire précis portant sur le passé hépatobiliaire et les épisodes qui ont pu précéder l'installation de l'occlusion. Ayant acquis quelques présomptions pour le diagnostic d'iléus biliaire, il faut en rechercher les signes propres donnés par le toucher, le palper ou la radiographie.

L'évolution « discontinue » ne pourra que confirmer un diagnostic hésitant, mais nous allons voir que pour avoir un bon pronostic, il ne faut pas attendre cette évolution.

CHAPITRE IV

Fronostic

En dehors de l'élimination des calculs par les voies naturelles, le pronostic est grave. Autrefois, en raison de l'effroyable mortalité qui frappait les cas opérés et de la possibilité d'une guérison spontanée, on préférait tenter la chance et tout se limitait à un traitement médical modeste. Le premier argument a perdu de sa valeur : les cas d'iléus biliaire opérés et guéris deviennent plus nombreux. Quant au deuxième argument, il repose sur des faits indiscutables, mais trop rares. Chauffard prétend que la proportion des calculs spontanément évacués est de 50 %, pour Kirmisson 32 %. Il semble que ces proportions soient trop fortes. D'ailleurs nous pensons, après M. Paviot, que la majeure partie de ces calculs expulsés sont passés par une fistule colique et notre observation IV en est une belle illustration.

En tout cas, l'expectative, qui était de règle autrefois, n'est plus possible maintenant, et comme dit Chauffard, « il faut considérer comme très périlleuse l'élimination des gros calculs solitaires ». Pour J. Quenu, c'est « attendre le miracle ». Actuellement, si le diagnostic causal est fait ou soupçonné, tous les auteurs en sont pour une intervention précoce. La temporisation n'est qu'une perte de temps qui peut être fatale au malade.

Cependant, malgré l'intervention chirurgicale, le pronostic reste grave. Les statistiques anciennes donnaient une mortalité de 75 %. Daraignez, plus récemment, donne 68 %. Delbet disait : « La gravité de l'obstruction par calcul biliaire est grande. Pour ma part je n'ai pas le souvenir d'en avoir guéri un seul cas ». En 1921, à la Société de Chirurgie, on rapporte 8 morts sur 12 cas.

Ayant l'impression que le pronostic s'était légèrement amélioré, nous avons fait une statistique sur 44 cas publiés depuis 10 ans. Nous avons trouvé :

23 morts, soit 57,5 % ;

17 guérisons après opération ;

4 expulsions de calculs par l'anús et guérison.

D'autres sont plus optimistes. Wortmann donne 6 cas de guérison sur 7. J. Quenu, 3 sur 4. Moynihan dit que l'intervention, faite le premier jour, lui donne 90 guérisons sur 100.

Malgré tout, malgré une intervention relativement simple, le pronostic reste grave et les résultats sont décevants.

POURQUOI L'ILÉUS BILIAIRE EST-IL PARTICULIÈREMENT SI GRAVE ? — Il faut y voir plusieurs raisons :

Il s'agit d'abord de malades assez âgés, de 60 à 70 ans en moyenne. C'est un âge où toute intervention est grave.

Ces malades ont le foie atteint depuis de nombreuses années, qu'ils l'aient manifesté ou non par des coliques hépatiques ou de l'ictère. Ils résisteront moins bien à l'intoxication consécutive à l'occlusion.

Il s'agit d'une occlusion haute avec vomissements abondants, déshydratant le malade. Il semble que la gravité du pronostic aille de pair avec la hauteur du siège du calcul.

Mais surtout le retard mis à intervenir est un facteur de gravité. Nous avons vu, au cours de l'étude clinique, les caractères trompeurs de cette occlusion qui, après avoir été grave s'améliore, donne espoir au médecin et au malade, lit remettre l'opération, puis repart encore plus grave. Sur 22 cas opérés dans les 7 jours qui ont suivi le début de l'occlusion, nous trouvons 13 guérisons, ce qui fait une proportion de guérisons de 59 %, alors que sur 12 cas opérés au de là de 7 jours nous ne trouvons que 3 guérisons, ce qui fait du 25 %. Ces chiffres n'ajoutent rien à l'évidence de la nécessité d'une intervention précoce.

Enfin les lésions présentées par l'intestin jouent certainement un rôle dans la gravité de cette occlusion. Les sutures faites sur des tissus lésés tiennent mal. De plus, les ulcérations sont des portes d'entrée pour les liquides toxiques qui séjournent au-dessus de l'obstacle, ainsi que l'a fait remarquer Guilleminet.

Ces dernières années, on a tenté, à la suite de Gosset et Binet, de faire jouer un rôle considérable à la déchloruration de l'organisme, surtout dans les occlu-

sions hautes où les vomissements sont si abondants. L'action n'est certes pas douteuse, et les résultats remarquables obtenus par la méthode de rechloruration le prouvent encore. Cependant, comme Guilleminet l'a fait remarquer plusieurs fois, on peut se demander si, en plus, il n'y a pas au niveau des ulcérations et des éraillures de la muqueuse des résorptions de produits très toxiques.

QUELLES SONT LES DIRECTIVES DU TRAITEMENT pour essayer d'améliorer le pronostic ? Nous n'entrerons pas dans le détail des techniques opératoires, mais nous préciserons simplement les différents buts à atteindre.

Il faut d'abord *temporiser le moins possible*. Tout diagnostic fait ou soupçonné d'iléus biliaire appelle l'intervention immédiate. Le traitement médical ne peut rien. Tout au plus est-on autorisé, dans la période d'observation qu'impose une symptomatologie trop fruste, à administrer un grand lavement huileux, à user avec prudence de la belladone et de l'atropine (Chauffard). Nous avons suffisamment insisté sur la nécessité d'une intervention précoce et vu que la plupart des cas opérés avec succès sont des cas opérés tôt.

Il faut *lutter contre la déchloruration* en faisant des injections de sérum salé hypertonique intraveineux à raison de 20 à 30 cmc. d'une solution à 10 % toutes les 6 heures (Binet). Ces injections agissent en déterminant un brusque appel d'eau vers le sang et en débarrassant les tissus des produits toxiques qui y sont accumulés. C'est une véritable « purge vasculaire » (Chevassu). Ces injections facilitent donc la diurèse et ont également une action sensible sur le péristaltisme

intestinal. Cette dernière action est particulièrement intéressante, car il est fréquent de voir, même après ablation du calcul, que l'intestin reste dilaté, incapable de reprendre sa motricité. Il semble que ce sérum hypertonique se soit montré assez efficace dans nombre de cas opérés avec succès. En particulier la malade de M. Duroselle qui a guéri avait reçu du sérum hypertonique à quatre reprises (obs. II).

Il faut dans l'intervention ménager le malade au maximum par une intervention rapide et *visant au strict nécessaire*. C'est dans ce but que le chirurgien emploiera l'anesthésie locale suffisante ou mieux la rachianesthésie. Quenu dit que cette dernière présente sur les anesthésiques généraux de nombreux avantages : Elle facilite l'opération par un silence abdominal incomparable. Elle respecte l'intégrité des voies respiratoires. Elle réveille et excite le péristaltisme intestinal. Pour sa part, il a opéré trois cas d'iléus biliaire sous rachianesthésie et a eu trois guérisons.

C'est également dans le but de ménager le malade que l'exploration des voies biliaires doit être repoussée. Le risque des accidents itératifs est moins redoutable qu'une prolongation et une aggravation immédiate de l'acte opératoire, comme celle qui consisterait à enlever la vésicule contenant un deuxième calcul (Quenu). On peut simplement faire une intervention rapide à la main et si le chirurgien a des doutes ou s'il y a persistance des phénomènes douloureux, on pourra toujours intervenir dans un deuxième temps sur les voies biliaires, comme l'a proposé Okinczyc.

Nous avons dit que l'intervention immédiate ne devait viser qu'au strict nécessaire. Si l'on opère tôt,

une simple entérotomie semble suffire, mais il y a grand intérêt à inciser en tissu sain et à essayer de faire remonter le calcul par pressions douces jusqu'à l'incision. Si l'opération est tardive, vaut-il mieux réséquer une anse douteuse ou faire une entérostomie ? Les deux méthodes ont leurs partisans. Cependant la résection semble très grave et n'a guère donné de résultats en pareil cas. L'entérostomie est à conseiller si on intervient sur l'iléon, car dans ce cas la fistule se fermera assez facilement, ou on pourra la fermer chirurgicalement (obs. II). La fistulisation du jéjunum est au contraire grave, aboutissant à une dénutrition rapide et n'ayant aucune tendance à la fermeture.

Cette conduite à tenir est celle recommandée en partie par J. Quenu. Guilleminet a proposé, si l'on intervient tardivement, d'extérioriser l'anse, de placer un bouton de Jaboulay ou de Villard entre les deux pieds de l'anse et de refermer la paroi sur le bouton. On ouvre alors l'anse, on extrait le calcul et on laisse l'intestin ouvert à l'extérieur sous pansement. L'anse serait alors réséquée au bout de quelques jours.

Lorsqu'un calcul a été enlevé, il faut toujours penser à la possibilité d'un ou de plusieurs autres calculs dans l'intestin. Dans ce cas, l'examen du calcul, la présence de facettes nettes indique particulièrement une exploration rapide de l'intestin.

Enfin, insistons sur un dernier point important sur lequel le chirurgien doit exercer son action. L'intervention doit *débarrasser l'intestin des liquides de stase toxiques* accumulés au-dessus de l'obstacle et qui, s'ils ne sont pas évacués, vont être absorbés au niveau des lésions et de l'intestin malade. Les moyens proposés

sont nombreux. On a recommandé de vider l'intestin par pressions douces à partir de l'angle duodéno-jéjunal. Cela semble dangereux, car les risques d'infection sont considérables. On a proposé le vidage par aspiration après ponction au-dessus de l'incision. Ce procédé a donné de bons résultats. Santy a recommandé l'iléostomie de décharge en amont de l'obstacle et Guilleminet une anastomose latéro-latérale entre les deux pieds de l'anse. Enfin, remarquons que le lavage du bout supérieur de l'intestin avec du sérum chaud recommandé par Morice paraît efficace. Nous ne prendrons pas parti pour l'une de ces méthodes de préférence aux autres. Elles visent au même but et ont chacune de bons résultats à leur actif.

Nous avons espoir que, le chirurgien, ayant pensé à l'iléus biliaire, moins surpris de trouver un calcul, opérant avec des directives nettes, le pronostic ira en s'améliorant et que l'iléus biliaire perdra la fâcheuse réputation que récemment encore certains chirurgiens lui attribuaient.

Conclusions

I. — L'occlusion intestinale par calculs biliaires n'est pas d'une grande rareté. Le médecin qui est appelé le premier à voir ces malades doit bien connaître le tableau clinique de cette affection et l'évolution qui pourraient le dérouter ou l'inciter à temporiser.*

II. — De l'étude du tableau clinique, il résulte que, dans la majorité des cas, on est en présence d'une occlusion dont la physionomie est un peu particulière.

Douleurs brusques, graves, intermittentes et changeant de siège.

Vomissements abondants, précocement fécaloïdes et irréguliers.

Arrêt des matières et des gaz, incomplet au début, non définitif par la suite.

Météorisme léger et péristaltisme assez marqué.

Etat général non en rapport avec la gravité de ces symptômes.

Ce tableau nous fait penser à une occlusion haute et discontinue du grêle.

III. — Cette occlusion se produisant dans des conditions étiologiques spéciales, en général: femme âgée, doit faire penser à la possibilité d'un iléus biliaire et nécessite un interrogatoire minutieux portant:

1° Sur les antécédents hépatiques. Souvent le passé biliaire fait défaut. Il est intéressant lorsqu'il est net.

2° Sur les accidents qui ont pu précéder l'occlusion:

Episode douloureux et dramatique de l'hypocondre droit;

Crises de sub-occlusions répétées;

Sténose pyloro-duodénale;

Et d'autres signes plus rares encore.

IV. — Le diagnostic peut être appuyé sur des signes propres à l'iléus biliaire:

Perception d'une tumeur très dure au palper;

Calcul senti au toucher vaginal ou rectal;

Calcul vu à la radiographie.

V. — L'évolution, le plus souvent discontinue et capricieuse, est à retenir particulièrement. Dans nombre de cas elle retarde l'intervention.

VI. — Le pronostic reste encore grave pour plusieurs raisons, dont les principales sont: l'âge du malade, la hauteur de l'occlusion et le retard mis à intervenir.

Il semble qu'il puisse être amélioré:

1° Par une intervention précoce qui demande la collaboration du médecin et du chirurgien;

2° Par une opération visant au strict nécessaire, rapidement exécutée et ménageant le malade;

3° En luttant contre la déchloruration;

4° En débarrassant l'intestin des liquides de stase très toxiques accumulés au-dessus de l'obstacle.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PAVIOT.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 1^{er} Novembre 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE

Bibliographie

Pour les observations et articles parus jusqu'en 1921, nous renvoyons à la thèse de DARAIGNEZ (Thèse Bordeaux, 1921).

Nous ne ferons qu'ajouter :

ARNAUD. — Iléus biliaire. (*Lyon Médical*, 1913, p. 1345.)

CHAUFFARD. — Leçons sur la lithiase biliaire.

LERICHE et COTTE. — De l'iléus biliaire, revue générale. *Gazette des Hôpitaux*, 1908, p. 1707.

MOUISSET. — Deux volumineux calculs expulsés à 5 mois de distance. *Lyon Médical*, 1913, p. 381.

E. QUENU. — De l'iléus biliaire. *Bull. Méd.*, 1909, p. 843.

Depuis 1921, nous citerons :

AIMES. — Iléus biliaire. *Progrès Médical*, nov. 1928.

AUVRAY. — Occlusion intestinale par calcul biliaire. *Soc. de Chir. de Paris*, 1928, p. 1414.

BAILLAT. — Occlusion intestinale par calcul biliaire. *Soc. de Chir. de Paris*, 1929, p. 347.

BONNECAZE et LE CHAUX. — L'iléus biliaire. *Arch. des Maladies de l'app. digestif*, 1924, p. 201.

BROCQ, BRODIN et AIMÉ. — Un cas d'iléus biliaire avec ex. radiologique, 15 jours avant l'apparition des accidents d'occlusion. *Soc. de chir. de Paris*, 1929, p. 1194.

BRODIN. — Iléus biliaire. *Progrès Médical*, 1925, p. 96-98.

- CADENAT et THALHEIMER. — Iléus biliaire. *Bull. de la Soc. Anatomique*, février 1922.
- CAUDRELIER. — Extraction d'un volumineux calcul intra-duodéal. *Soc. de Chir. de Paris*, 1931.
- CHENUT. — Iléus biliaire. *Revue de Chirurgie*, 1927.
- COCHEZ. — Iléus biliaire. *Soc. de Chir. de Paris*, nov. 1926.
- DARAIGNEZ. — L'iléus biliaire. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1925.
- DARTIGUES. — Un cas d'iléus biliaire. *Société des Chirurgiens de Paris*, mai 1926.
- DUBOUCHER. — A propos de l'iléus biliaire. *Soc. de Chir. de Paris*, 1930, p. 265.
- DUPONCHEL. — Occlusion intestinale par calcul biliaire. *Soc. de Chir. de Paris*, 1930, p. 563.
- FAY. — Iléus biliaire. *Soc. de Médecine et de Climatologie de Nice*, mai 1928.
- FOLLIASSON. — L'iléus biliaire aigu. *L'Hôpital*, 1930.
- FOURREY. — A propos de 4 observations d'iléus biliaire. *Th. Paris*, 1928.
- GOSSET, PETIT-DUTAILLIS. — La rechloruration dans l'occlusion. *Soc. de Chir. de Paris*, 1930.
- GUEULETTE. — Iléus biliaire et double sténose du grêle. Entérectomie, guérison. *Soc. de Chir. de Paris*, 1929, p. 1190.
- GUILLEMIN. — De l'iléus biliaire et de sa guérison spontanée. *Arch. franco-belges de chirurgie*, 1925.
- GUILLEMINET. — Conduite à tenir dans l'iléus biliaire. *Soc. de Chir. de Lyon*, 1930.
- HARTMANN. — Chirurgie des voies biliaires, 1923.
- LAMARE et LARGET. — Deux cas d'occlusion intestinale par calcul biliaire. *Soc. de Chir. de Paris*, 1928, p. 1313.
- MONDOR. — Diagnostics urgents : Abdomen (*Masson*).
- MORICE. — Trois cas d'occlusion par calcul biliaire. *Soc. de Chir. de Paris*, 1929, p. 1187.

- OKINCZYC. — Les migrations transduodénales directes. *Revue méd.-chirurgicale des maladies du foie, pancréas, rate*, mai-juin 1928.
- PALASSE et REGARD. — Iléus biliaire. *Soc. de Médecine de Lyon*, juin 1928.
- PARTENSKI. — Contribution à l'étude des formes pseudo-néoplasiques de l'iléus biliaire. *Thèse Lyon*, 1931.
- PAVIOT et MOULINIER. — Iléus biliaire. *Soc. Médicale des Hôp. de Lyon*, octobre 1930.
- Iléus biliaire. Considérations diagnostiques. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 janvier 1931.
- J. QUENU. — Diagnostic, pronostic et traitement de l'iléus biliaire. *Bull. Médical*, nov. 1930.
- SANTY. — Deux observations d'iléus biliaire. *Soc. de Chir. de Lyon*, 1928, suivi de discussion de BONNIOT. A propos du diagnostic de l'iléus biliaire.
- SOUBEYRAN. — Iléus biliaire. *Soc. de Chir. de Paris*, juillet 1931.
- VALKEVITCH. — Contribution à l'étude de l'iléus biliaire aigu et de son traitement. *Thèse Lyon*, 1931.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
HISTORIQUE	13
OBSERVATIONS	17
CHAPITRE I. — Anatomie pathologique et mécanisme....	29
CHAPITRE II. — Fréquence. Etiologie.....	37
CHAPITRE III. — Etude clinique.....	41
CHAPITRE IV. — Pronostic.....	57
CONCLUSIONS	65
BIBLIOGRAPHIE	69
